PR-01 QP-05 Załącznik nr 8

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKÓW BADAŃ** | | | | | | | |
| **Ja, niżej podpisany:** | | | | | | | |
| Imię i nazwisko: |  | | PESEL: | |  | |
| Adres zamieszkania: |  | | | | | | |
| Numer dowodu tożsamości: |  | | Numer telefonu:  (pole nieobowiązkowe) | | |  |
| **Upoważniam:** | | | | | | | |
| Imię i nazwisko: |  | | PESEL: |  | | |
| Adres zamieszkania: |  | | | | | | |
| Numer dowodu tożsamości: |  | | Numer telefonu:  (pole nieobowiązkowe) | | |  |
| **do odbioru moich wyników badań** | | | | | | | |
| Miejscowość: | |  | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (data i czytelny podpis osoby upoważniającej) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data i czytelny podpis osoby upoważnionej) | | | | | |